

袖ヶ浦市地域生活支援拠点事業 事前登録届出書

受付番号 : No.

基幹受付日: 年 月 日

担当者氏名:

1 届出者

ふりがな		連絡先	自宅
氏名			携帯
			メール
住所	〒	本人との関係	

2 利用者の状況 (緊急時支援などを受ける人)

ふりがな		性別	生年月日			年齢	
氏名			昭和 平成 令和	年	月	日	歳
住所	〒						
連絡先	自宅	携帯	メール				
身長	c m	体重	k g	血液型	型	平熱	℃

3 障がいに関する状況等

身体障害者手帳	視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他 () 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級 / 申請中
療育手帳	○Aの1・○Aの2・Aの1・Aの2・Bの1・Bの2 / 申請中
精神障害者保健福祉手帳	1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 / 申請中
障害支援区分	区分1・2・3・4・5・6・なし・非該当 / 申請中
受給者証番号	
障害基礎年金等	1 級 ・ 2 級 ・ なし / 申請中
介護保険認定状況	要支援1・要支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5
成年後見	後見 ・ 保佐 ・ 補助 / 手続中
障害の状況・ その他特記事項	

4 医療に関する状況等

医療保険 (被保険者)	本人 ・ 家族		
健康保険の種類	国保 ・ 社保 ・ 共済 ・ 生活保護 ・ その他 ()		
医療費の助成等	自立支援医療 ・ 重度心身障害者医療費助成制度 ・ 特定疾患		
持病・アレルギー・発作の 状況			
主たるかかりつけ医の情報	医療機関	主治医	連絡先
服薬の状況 (種類・頻度)			

5 緊急連絡先・代理人

氏 名	利用者 との 続柄	生年月日	住所（別居のみ記入）	電話番号（携帯）

6 家族の状況（優先的に連絡をする人を上から順に記入してください。）

氏 名	利用者 との 続柄	生年月日	住所（別居のみ記入）	電話番号（携帯）

7 障害福祉サービス等の状況

相談支援の状況			
事業所名	電話番号	相談支援専門員	電話番号
利用しているサービスの状況			
事業所名	担当者名	電話番号	サービスの種類・量

8 日常の生活状況

食事	自立・見守りが必要・指示が必要・一部介助・全部介助・食物アレルギー
排泄	自立・見守りが必要・指示が必要・一部介助・全部介助
入浴	自立・見守りが必要・指示が必要・一部介助・全部介助
着替	自立・見守りが必要・指示が必要・一部介助・全部介助
移動	自立・見守りが必要・指示が必要・一部介助・全部介助
コミュニケーション	できる・少しできる・ほとんどできない・できない
睡眠	良（眠剤あり・眠剤なし）・不良（眠剤あり・眠剤なし）
その他 配慮すべき 障害特性等	行動特性など

袖ヶ浦市地域生活支援拠点事業実施要綱第4条に規定する事業を利用する際に、今回登録する内容及び障がい福祉サービス等の利用時に得た情報を、障がいのある人等の支援を行う関係機関（相談支援事業所、障害福祉サービス事業所、障害者支援施設など）に提供することに同意します。

署名（本人又は保護者）

※登録者に関する情報は、緊急時の支援その他本事業の運営に必要な場合のみ使用し、それ以外に使用することはありません。